

DES RECHUTES
DANS
LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ LES ENFANTS

D'APRÈS 25 OBSERVATIONS NOUVELLES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RADOIN ZIWER

Né le 28 Novembre 1868, au Caire (Égypte)



LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1892

DES RECHUTES
DANS
LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ LES ENFANTS

D'APRÈS 25 OBSERVATIONS NOUVELLES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RADOIN ZIWER

Né le 28 Novembre 1868, au Caire (Égypte)



LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	PONCET.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. PERRET, agrégé.
Accouchements.	POULLET, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président; M. PERRET, Assesseur; MM. POLLOSSON et ROQUE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A NOS MAITRES ET A NOS AMIS

Le nombre de ceux qui ont droit à notre reconnaissance est si grand, que nous hésitons à les mentionner tous, de peur d'en omettre quelques-uns.

Qu'il nous soit donc permis de leur adresser un remerciement collectif.

C'est dire que nous garderons toujours, de notre séjour en France, un souvenir ineffaçable.

Nous pourrions dire de même des trois années que nous avons passées au Château de Lancy, en Suisse.

DES
RECHUTES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ LES ENFANTS

D'APRÈS 25 OBSERVATIONS NOUVELLES

INTRODUCTION

Comme notre but principal est de servir notre pays dans la mesure du possible, nous avons tâché de nous accommoder à ses besoins.

Et, conformément à la circulaire du 16 mars 1892, où les étudiants en médecine de la Mission égyptienne, sont engagés à se consacrer, chacun pendant quelques mois, après avoir obtenu le Doctorat, à l'étude d'une des branches particulières des sciences médicales qu'il choisira lui-même, nous nous sommes voué plus particulièrement à l'étude de la pathologie infantile.

Nous avons dû nécessairement choisir le sujet de notre thèse dans ce cadre, et nous avons été amené à tenter ce modeste travail sur les rechutes dans la fièvre typhoïde, chez les enfants.

Nous ne nous proposons pas évidemment de faire, sur la fièvre typhoïde, une étude générale. Ainsi compris, notre programme serait beaucoup trop étendu, et n'aurait

pas grand attrait de nouveauté. C'est la rechute, et chez l'enfant seulement, que nous voulons envisager.

La rechute chez l'adulte a fait l'objet de plusieurs travaux originaux : Les thèses de MM. Guyard, Hutinel et Devic dans lesquelles la rechute chez l'adulte est traitée avec beaucoup de mérite, nous ont servi plus d'une fois soit pour faire des comparaisons entre les rechutes de l'enfant et de l'adulte, soit pour nous fournir des renseignements sur les points qui prêtent à discussion.

Pour la commodité de l'exposition, nous avons divisé notre travail en six chapitres.

- I Le premier comprendra l'histoire de la question.
- II Dans le deuxième, nous étudierons l'étiologie, en mettant en regard nos statistiques et celles des auteurs.
- III Le troisième chapitre sera consacré aux symptômes et au diagnostic de la rechute.
- IV Dans le quatrième, nous étudierons la nature de la rechute.
- V Dans le cinquième, nous exposerons les quelques données relatives au pronostic.
- VI Enfin, le dernier comprendra le traitement.

Ce n'est pas par oubli que nous ne parlons pas de l'anatomie pathologique de la question. On trouvera, à propos du pronostic, les raisons qui nous permettent cette omission.

Pour arriver à nos conclusions, nous avons cherché dans la riche collection d'observations de MM. Perroud et Perret, toutes celles qui se rapportent à notre sujet ; et comme certaines d'entre elles, n'étant pas prises spécia-

lement pour ce travail, pourraient paraître incomplètes, nous n'avons fait imprimer que celles qui sont les plus intéressantes.

Mais avant d'entrer en matière, que M. le professeur agrégé Perret veuille bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour nous avoir inspiré le sujet de ce travail et pour avoir guidé de ses savants conseils les premiers pas de notre expérience jeune encore.

Que MM. Givre et Devic reçoivent ici nos remerciements pour avoir mis à notre disposition tout ce qui pouvait faciliter notre tâche.

M. le professeur Lépine a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous ressentons vivement l'honneur qu'il nous fait et lui exprimons notre sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les auteurs du commencement de ce siècle citaient les rechutes parmi les accidents de la fièvre typhoïde. On voit dans les travaux de Petit et Serres, Chomel, Louis. Andral, Bouillaud, J. Frank, Valleix et beaucoup d'autres, les réversions signalées au hasard.

Mais déjà, en 1839, Taupin parle en termes précis des récidives dont il cite des observations recueillies à l'hôpital des enfants.

En 1840, Rilliet fait sa thèse sur la fièvre typhoïde chez les enfants. Il indique, avec un esprit éminemment pratique, toutes les formes que peut revêtir l'affection, et parle des récidives avec une précision rigoureuse.

Puis, les publications se succèdent : Stewart, Griesinger, Jenner, Hirschs, Thierfelder en rapportent d'intéressantes.

En 1856, Barbrau fait paraître son Mémoire sur *Les rechutes dans la fièvre typhoïde* et l'année suivante, Bougarel fait une étude sérieuse sur *Les fièvres typhoïdes à rechute*.

En 1859, Michel distingua nettement les rechutes des complications et des accidents de la convalescence, sans établir encore une distinction assez nette entre les rechutes et les récidives.

En même temps, Loué concluait dans sa thèse, que de nouvelles ulcérations pouvaient se produire dans l'intestin sous l'influence d'une même intoxication.

Trousseau disait d'un autre côté : « Il semblerait que le virus typhique n'ait pas épuisé toute son action dans une nouvelle explosion et que l'économie ne puisse s'en débarrasser qu'après des efforts répétés. »

En Angleterre, Murchison consacrait en 1862, un chapitre important sur la question. On y trouve une discussion consciencieuse sur les causes, la nature et les lésions.

En 1867, M. Jacoud définit nettement la rechute ou la réversion et fait une distinction bien nette entre la recrudescence et la récidive. Il employait de préférence le mot de réversion.

En 1869, à propos d'une observation présentée par Lorain à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 10 décembre, il y eut une discussion où pour la première fois on tenta de séparer la rechute de la récidive et de la recrudescence. Pour Lorain, le mot de rechute n'était pas un terme scientifique, il était synonyme de récidive et devait être rayé du vocabulaire médical.

D'un autre côté, Constantin Paul, soutenait que la rechute était une reproduction d'une partie de la maladie,

et qu'au contraire, la récurrence était une reproduction intégrale de la maladie toute entière.

Enfin, une troisième opinion soutenue par Marotte, Hérard, Bergeron, Dumontpallier, qui conservaient la distinction classique entre les deux termes *rechute et récurrence*.

En 1872, M. Potain, dans une leçon clinique à l'hôpital Cochin, semblait admettre la réinfection pour la rechute.

La même année, M. Cornil remit, à l'occasion d'une autopsie, l'anatomie pathologique de l'affection à l'ordre du jour.

En 1876, Guyard résume dans son excellente thèse les travaux antérieurs et donne des définitions très précises avec de nombreuses observations à l'appui. C'est un des meilleurs travaux que nous connaissons sur les rechutes ; et, comme la plupart de ses observations portent sur des cas observés chez les enfants, nous aurons souvent l'occasion d'en parler.

En 1877, Bernheim étudie dans ses *Leçons cliniques*, les signes qui caractérisent les rechutes.

La même année, Maurice Raynaud émet sur la nature de la rechute une opinion originale. Pour lui, la fièvre typhoïde ordinaire n'a pas de rechutes ; il y a seulement des fièvres à rechutes voisines de la fièvre typhoïde. Lorsque parut la thèse de Perrin la même année, cette opinion fort discutée avait déjà vécu.

En 1881, Giraud consacre dans sa thèse inaugurale sur la fièvre typhoïde, chez l'enfant, un chapitre spécial à la rechute. Il conclut à la plus grande fréquence de la rechute chez l'enfant.

En 1883, M. Jacoud étudie les rechutes dans une des Cliniques de la Pitié ; et la même année, M. Hutinel fait une étude très détaillée sur la question dans son importante thèse d'agrégation.

Battle (Montpellier, 1882), Meunier (Paris, 1883), Romiszowski (Paris, 1885), font de la rechute l'objet de leur thèse inaugurale.

L'année 1886 est riche en publications : en même temps paraissaient, l'importante thèse de M. Devic où l'on trouve une étude minutieuse des symptômes et une riche collection de tracés thermométriques ; le Mémoire de M. Montmollin dans la *Revue des maladies des enfants* et un travail de Stark dans la même revue *Sur une épidémie de fièvres typhoïdes* où il relate un grand nombre de rechutes observées chez les enfants.

La même année paraissait l'ouvrage de MM. Tripier et Bouveret sur le *Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids* et où nous trouvons la valeur de ce traitement dans les cas de rechute.

Dans ces dernières années, au contraire, les publications sur la rechute dans la fièvre typhoïde se font beaucoup plus rares. Et, à part ce qui en est dit dans les ouvrages classiques, nous ne trouvons pas grand chose à signaler. De ces ouvrages classiques, nous avons consulté surtout ceux qui traitent les maladies des enfants, tels que : le *Traité clinique* de Hensch, 1885, les *Cliniques* de M. Cadet de Gassicourt, 1887, la troisième édition de Rilliet et Barthez, 1891, et la traduction de Baginsky, 1892.

Nous n'insistons pas davantage sur ces classiques parce que nous en parlerons à chaque instant, soit pour donner

leurs opinions, soit pour discuter les théories qu'ils ont émises.

En somme, si, pour récapituler, on jetait un coup d'œil sur cet historique, on pourrait le diviser en trois périodes :

I. La première période date du commencement de ce siècle. Perrin la fait remonter plus loin, car, d'après lui, Roederer et Wagler auraient vu des rechutes dans l'épidémie de Göttingue, en 1762. Dans cette période qui s'arrête à 1840, les rechutes ont été simplement signalées.

II. La deuxième période commence avec les travaux de Taupin, 1839, et Rilliet, 1840, et finit avec la discussion qui eut lieu à la Société médicale, en 1869. Cette période est caractérisée par la confusion entre les récidives, les rechutes et les recrudescences, qui sont cependant de mieux en mieux étudiées.

III. La troisième période comprend tout ce qui a été fait depuis 1869 jusqu'à nos jours. Dans cette période, la rechute se distingue nettement de la récidive et de la recrudescence. Elles sont toutes mieux étudiées et enregistrées avec beaucoup plus de soin.

CHAPITRE II

Étiologie.

Fréquence. — Quelle est la fréquence des rechutes en général, et quelle est cette fréquence en particulier chez les enfants? Voilà deux questions posées déjà depuis longtemps et sur la solution desquelles on n'est cependant pas d'accord jusqu'aujourd'hui. Les statistiques s'accu- mulent sans se ressembler, et même en défalquant celles qui appartiennent à la période où des cas de rechute avérés n'étaient pas considérés comme tels par certains auteurs, on arrive à trouver des différences marquées. Doit-on incriminer pour cela la distinction faite en France entre la récidive et la rechute, tandis qu'à l'étranger on se sert d'un seul mot pour désigner les deux, car *Ruckfall* en allemand, *relapse* en anglais, *recidiva* en italien, veulent aussi bien dire rechute que récidive. Il est vrai que ces deux termes doivent éveiller deux idées scien- tifiques bien distinctes; mais les vraies récidives, comme on les entend en France, sont si rares, comme le font remarquer Rilliet et Barthez, que leur poids dans les statistiques peut être négligeable.

Une autre cause a été encore assez souvent invoquée pour expliquer ces différences : c'est l'*influence des épidémies*. A cette occasion, M. Giraud dit dans sa thèse : « Il est probable que le nombre des rechutes varie suivant les épidémies, celle de cette année aurait été remarquable sous ce rapport. »

M. Hutinel est encore plus affirmatif.

« Ce qui paraît surtout influencer la fréquence des rechutes, dit-il, c'est la constitution médicale. Cette fréquence est effectivement variable suivant les épidémies. » Nous sommes un peu de cet avis. Aussi, pensons-nous avec MM. Tripier et Bouveret que « les meilleures statistiques sont celles qui embrassent tout à la fois un grand nombre de faits et un laps de temps considérable. »

Malheureusement les nôtres ne remplissent que la seconde condition. En effet, nous n'avons pu réunir que vingt-cinq rechutes sur quatre cent quarante et un cas de fièvre typhoïde observés à la Clinique de la Charité de 1873 à 1892. Cependant, nous espérons en les réunissant aux chiffres donnés par quelques auteurs, obtenir une moyenne qui peut être considérée comme ordinaire pour la fréquence des rechutes chez les enfants.

Voici ces chiffres :

Stark	donne pour	100 cas	7 rechutes
Rilliet et Barthez	—	111 —	3 —
Perret et Devic	—	81 —	4 —
Henoch	—	152 —	22 —
Montmollin	—	295 —	29 —
Gerhardt	—	4434 —	280 —
Nos observations	—	441 —	25 —
TOTAL. . . .		5614 —	370 —

Ce qui fait 6,5 pour 100 ; moyenne pouvant être considérée comme normale, bien entendu chez les enfants, puisque tous ces chiffres sont rapportés pour cet âge.

MM. Tripier et Bouveret donnent au moyen d'un calcul pareil chez l'adulte une moyenne de 4,5 pour 100, ce qui prouve que les rechutes sont un peu plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

Cette remarque n'est pas de date récente et tout le monde est d'accord maintenant sur ce point.

Mais, pourquoi cette fréquence plus grande chez l'enfant ?

Pour Giraud, les écarts de régime étant généralement plus fréquents chez les enfants, il en serait de même pour les rechutes « parce qu'ils n'ont pas, dit-il, la raison des sujets plus âgés ». Cette opinion ne peut se soutenir devant ce fait déjà signalé par plusieurs observateurs dignes de foi : qu'on peut exclure avec certitude les écarts de régime comme cause de la rechute.

Pour Baginsky « la seule explication de ce fait, c'est que la fièvre typhoïde étant plus bénigne chez les enfants, le terrain n'est pas totalement épuisé par le contagion typhique ». En effet, on sait que la fièvre typhoïde est le plus souvent bénigne à cet âge. « La rareté des cas fatals, dit Cadet de Gassicourt, est due à la rareté de l'état de débilité à cet âge au moment de l'invasion. » D'un autre côté, on sait que d'une façon générale, les rechutes sont bien plus communes dans les formes légères ou moyennes que dans les formes intenses.

Il n'est donc pas étonnant que les rechutes soient plus fréquentes chez l'enfant, puisque c'est l'âge le mieux armé contre la fièvre typhoïde.

Si, pour préciser davantage, nous cherchions l'époque

de l'enfance où les rechutes sont plus nombreuses, nous trouvons que c'est autour de douze à treize ans, d'après notre statistique que voici :

2 fois	15 ans;	2 fois	14 ans;
5 —	13 —	4 —	12 —
4 —	11 —	4 —	10 —
2 —	9 —	2 —	8 —
1 —	5 —	1 —	3 —

Sachant que la fièvre typhoïde est plus fréquente après qu'avant huit ans, nous trouvons que cette moyenne est bien celle à laquelle nous nous attendions. Quant au sexe, les filles seraient plus sujettes aux rechutes que les garçons, d'après M. Montmollin. Tous nos cas étant observés chez des filles, nous ne pouvons pas avoir d'opinion à ce sujet.

Enfin, d'après Rilliet et Barthez, la fièvre typhoïde donnerait lieu à la rechute plus souvent que les fièvres éruptives, et, en revanche, à la récurrence moins souvent que la rougeole et peut-être que la variole.

Nous parlerons à propos du traitement de l'influence des bains froids sur la fréquence des rechutes. Disons seulement dès à présent que, comme le font remarquer MM. Tripier et Bouveret, il semble que les rechutes deviennent plus fréquentes avec la réfrigération. Cette fréquence est même considérée comme une preuve de l'action favorable des bains.

Causes des Rechutes. — Devant une fièvre typhoïde qui a évolué plus ou moins régulièrement, qui est arrivée à la période de convalescence et, lorsque la guérison paraissait établie, la température s'est relevée plus ou

moins brusquement, accompagnée ou non de quelques-uns ou de la totalité des symptômes, évoluant de nouveau avec une allure plus ou moins analogue à celle de la première invasion. En un mot, devant une rechute de la fièvre typhoïde, on a cherché à l'expliquer par des causes multiples et l'on en a cité des plus variées.

On a incriminé les refroidissements, les fatigues physiques et morales ; Griesinger et Constantin Paul citent des faits où les émotions sont en cause ; Maclagan attache une importance considérable à la constipation qui survient pendant la première attaque ou pendant la convalescence. MM. Tripier et Bouveret rapportent les statistiques de Merckel et Vogl accusant les bains froids. Ils les appuient de leurs opinions, en même temps que Gueneau de Mussy explique le fait par l'arrêt brusque de la maladie produit par la réfrigération. Nous y reviendrons d'ailleurs dans un autre chapitre.

Mais ce qui occupe le plus particulièrement les auteurs, ce sont les écarts de régime. On pourrait même dire que cette question les divise en deux camps. Les adversaires ont pour la plupart observé chez des enfants. Hénoc'h n'a pu constater qu'une fois un écart de régime : « Je n'oserais affirmer, dit-il, que cet écart de régime ait été réellement la cause de la récurrence, attendu que dans les vingt et un cas restants on a pu exclure cette cause avec certitude. »

Guyard, dont le plus grand nombre d'observations se rapportent à des rechutes chez les enfants, dit dans sa thèse inaugurale (1876). « Une rechute grave ne peut être produite par des causes aussi légères, j'oserai dire aussi banales que celles qui sont généralement invoquées ; les écarts de régime peuvent bien provoquer des indiges-

tions, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, les refroidissements peuvent amener des congestions ou des inflammations viscérales, mais ces causes sont à notre avis incapables de déterminer la réapparition d'un ensemble symptomatique aussi complet que celui de la fièvre typhoïde. »

Giraud soutient dans sa thèse (1881) une opinion tout à fait opposée.

Quant à nous, nous croyons que les écarts de régime peuvent être considérés comme des faits de coïncidence et non comme causes de la rechute. Les lésions restées latentes sous le masque de la convalescence devaient éclore un jour, comme le professe d'ailleurs M. Cadet de Gassicourt ; les écarts de régime ont pu favoriser cette éclosion, ils ont mieux préparé le chemin à l'apparition des symptômes de rechute. Cependant, sans leur concours, la rechute aurait eu lieu.

Dans nos observations, il n'y a eu qu'une seule fois un écart de régime. Aussi, pensons-nous que c'était une simple coïncidence.

Nous admettons donc l'opinion du savant maître, M. Gassicourt, quand il dit que : « La rechute n'a pas de causes, puisqu'elle est une manière d'être de la maladie et non un accident. » Ce n'est donc qu'un prolongement de la maladie dont il est séparé par un court intervalle de santé imparfaite et qu'il faut se garder de confondre avec la récurrence, qui est une maladie nouvelle absolument distincte de la première dont elle est séparée par un intervalle plus ou moins long de santé parfaite, comme le dit d'ailleurs Barthez dans sa troisième édition des *Maladies des enfants*.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic

Avant de commencer, nous tenons à avertir le lecteur que, si nous n'avons pas consacré un chapitre spécial à la définition de la rechute, c'est que cette question est surabondamment traitée dans les thèses de Guyard (Paris 1876), Hutinel (Paris 1883) et Devic (Lyon 1886) ; et que c'eût été nous exposer à des redites inutiles ; nous en avons d'ailleurs suffisamment parlé précédemment pour qu'il nous soit permis de passer outre. Ceci dit, abordons les symptômes.

Et tout d'abord, y a-t-il dans l'évolution de la fièvre typhoïde quelques caractères qui puissent faire soupçonner une rechute ?

MacLagan dit qu'il a surtout rencontré des rechutes quand la diarrhée a été légère dans la première phase de la maladie et quand il y a eu de la constipation dans la période intercalaire.

Tuckwell et Murchison qui ont fait des recherches dans ce sens réfutent absolument cette assertion.

Nous pensons aussi qu'elle ne peut être soutenue

devant l'observation des faits, et nous pourrions dire la même chose pour l'albuminurie les taches rosées et les autres symptômes.

En général, on s'accorde à dire que la première phase de la fièvre typhoïde ne présente aucun signe pouvant faire craindre une rechute, c'est ce qui résulte aussi de l'étude de nos observations.

Comme le pronostic de la rechute est le plus souvent bénin, et, d'après la théorie de M. Gassicourt, qui fait de la rechute une modalité, une manière d'être de la fièvre typhoïde qui, ayant évolué incomplètement, se réveille pour constituer la rechute ; rapprochant ces deux faits, on s'est dit que la rechute doit arriver dans les formes bénignes de la fièvre typhoïde. Cette idée a son bien fondé, car généralement la fièvre typhoïde qui doit rechuter, présente une allure bénigne. La grande majorité de nos cas appartiennent à des fièvres typhoïdes bénignes, c'est dire que nous en avons observé de graves. Hénocq dit d'ailleurs que : « La gravité de la première atteinte ne met en aucune façon à l'abri de la récurrence ; bien que la plupart des cas aient été de la forme bénigne de la maladie, j'ai cependant rencontré la rechute après des typhus graves. »

On a constaté que les rechutes arrivaient quelquefois dans les formes abortives de la fièvre typhoïde ; c'est, je crois, là-dessus qu'est basée la théorie de la compensation dans laquelle on attribue la rechute à l'insuffisance de la première atteinte.

Six de nos cas ont présenté une première phase plus courte que la normale. Les autres avaient bien largement fait leur vingt et un jours. Nous avons d'ailleurs dans nos observations un exemple très intéressant : les numéros

IV et V sont deux sœurs qui sont tombées malades à vingt jours d'intervalle. La première a eu sa rechute le trente-et-unième jour de sa maladie. Cette rechute a duré douze jours, puis après dix jours d'accalmie, elle eut une seconde rechute qui a duré quatorze jours; en tout cinquante-sept jours.

La seconde a eu sa rechute le quarante-quatrième jour; cette rechute a duré vingt-trois jours; en tout soixante-sept jours. Devant ces faits nous, pensons que la durée d'une fièvre typhoïde à rechute est aussi variable qu'une fièvre typhoïde ordinaire, et dès lors, il ne faut pas croire que, parce qu'une fièvre typhoïde a évolué longuement, elle n'aura pas de rechutes.

Enfin, il nous reste à parler de la valeur qu'on a attachée aux ondulations précoces, ondulations qui se produiraient dans la deuxième semaine, et que M. Tripier, sans y attacher une très grande importance, indique comme pouvant annoncer une rechute prochaine.

Période intercalaire. — A propos de la période intercalaire, M. Devic fait remarquer avec juste raison, qu'on néglige généralement les irrégularités du tracé thermométrique de cette période, et qu'on confond l'apyrexie avec la température normale.

C'est cependant là le point intéressant de la question, puisque M. Gassicourt élève là-dessus sa *Théorie des fièvres typhoïdes à rechute*.

Il ne suffit pas que la température soit au-dessous de 38 degrés pour être rigoureusement considérée comme normale. Et l'on doit continuer à prendre la température tant que les annotations du matin et du soir ne sont pas arrivées à être régulièrement distantes d'un demi-degré environ et

constituer une ligne brisée plus rapprochée de 37 degrés que de 38 degrés.

Nous avons même remarqué souvent de l'hypothermie dans le cas de convalescence franche. Cette hypothermie est d'ailleurs signalée par plusieurs auteurs comme l'indice de la convalescence franche. Cependant M. Devic fait remarquer à ce propos, qu'on rencontre quelquefois cette hypothermie dans la période intercalaire d'une fièvre typhoïde à rechute. Il rapporte trois exemples de ce genre et en signale d'autres dans les travaux de Meunier, Cadet de Gassicourt et Wunderlich.

On doit considérer, dit-il, comme anormal :

- 1° Les écarts supérieurs à un demi-degré ;
- 2° Chaque fois que les annotations du matin arrivent à être au même niveau que celles du soir, de façon à constituer une ligne horizontale ;
- 3° Chaque fois que la température du matin est plus élevée que celle du soir ;
- 4° Enfin, lorsque la température atteint ou dépasse 38 degrés.

M. Devic classe ces irrégularités de la période intercalaire en cinq types :

« Dans le premier, il y a apyrexie absolue pendant toute la durée, quelle qu'elle soit de la période intercalaire, avec températures régulières et normales. Dans le deuxième, il y a apyrexie absolue pendant toute la durée quelle qu'elle soit de la période intercalaire avec températures irrégulières et anormales. Dans le troisième, il y a apyrexie absolue pendant toute la durée, quelle qu'elle soit ; de la période intercalaire, sauf une ou deux températures au-dessus de 38 degrés, les autres étant normales et régulières.

Dans le quatrième, il n'y a pas d'apyrexie absolue continue, quelques-unes ou la plupart des températures vespérales sont supérieures à 38 degrés ; en outre, les températures sont bien irrégulières. Dans le cinquième, il n'y a pas d'apyrexie absolue, toutes les températures du soir sont supérieures à 38 degrés, mais le tracé offre plus de régularité que dans le type précédent. » Il dit en outre que : « La régularité de la température avec apyrexie absolue représentée par le premier type est très rarement atteinte, » et plus loin. « Aucun de nos tracés ne reproduit d'une façon absolue le premier type que nous avons décrit, nous pouvons ajouter qu'il en est de même pour tous les tracés publiés par les différents auteurs. » Il considère enfin le second type comme le plus fréquent.

Quant à nous, nous avons cherché en vain un tracé de fièvre typhoïde à rechute où la température de la période intercalaire soit régulière et normale. Et, sans vouloir constituer des types nettement définis, nous dirons seulement que les irrégularités sont aussi chez l'enfant la caractéristique de la période intercalaire.

Il faut cependant qu'il y ait apyrexie pendant plusieurs jours, c'est-à-dire une température ne dépassant pas 38 degrés avant que la température s'élève de nouveau pour constituer la rechute ; sans cela, ce serait d'une recrudescence qu'il s'agirait et non pas d'une rechute.

Cela n'empêche pas la température de remonter accidentellement à 38 degrés et même plus durant cette apyrexie.

On voit néanmoins des cas où les symptômes n'étant pas tout à fait arrêtés, où la période intercalaire se réduit considérablement et la rechute se rapproche tellement de

la recrudescence qu'on est embarrassé de se prononcer. Et de fait, comme le fait remarquer Meunier, il n'y a pas de limite bien nette entre la rechute et la recrudescence. On pourrait établir une série de cas de transition où l'on passerait facilement de l'une à l'autre. On voit d'ailleurs une recrudescence alterner avec une rechute dans une même fièvre typhoïde, comme on peut voir deux rechutes ou deux recrudescences.

Le fait ne doit étonner personne puisque, dans les deux cas, le malade n'est pas considéré comme guéri avant d'avoir sa recrudescence ou sa rechute et que, c'est sur le degré d'amendement des symptômes qu'on se base pour faire le diagnostic.

Pour expliquer cette période intercalaire, M. Gassicourt décrit deux formes de fièvre typhoïde prolongée et en rapproche la fièvre typhoïde à rechute. La première forme est la fièvre typhoïde prolongée continue, caractérisée non seulement par la longueur anormale de la période d'état et de la convalescence, mais aussi par des oscillations soit ascendantes, soit descendantes qui produisent des irrégularités tout le long du tracé thermométrique. La deuxième forme est la fièvre typhoïde à poussées successives, à dépression moyenne ou encore à pseudo-rechute et qui est caractérisée par une convalescence incertaine où l'on voit des ballonnements du ventre, des diarrhées et d'autres symptômes passagers et fugaces. S'appuyant sur la similitude entre cette convalescence incertaine de la fièvre typhoïde à dépression moyenne et la période intercalaire de la fièvre typhoïde à rechute, s'appuyant, dis-je, sur les petites nuances qui les séparent, il fait remarquer justement que pendant cette

période intercalaire le typhique n'est pas entré en convalescence; car on peut voir, à travers l'apparence de bonne santé, la persistance de la lésion par quelques symptômes ordinairement des plus fugaces.

En effet, non seulement l'état général reste indécis entre la santé et la maladie parallèlement au degré d'atténuation des symptômes, mais le facies est pâle, plombé, la langue est incomplètement dépouillée, la fréquence du pouls, tout en étant atténuée, ne peut pas être regardée comme tout à fait normale.

Henoch et Gerhart ont remarqué la persistance de la matité splénique qui est cependant moins étendue que pendant la période d'état et au moment de la rechute.

Gueneau de Mussy parle des malaises et de légers troubles digestifs. D'ailleurs, la plupart des observateurs ont attiré l'attention sur ces diarrhées et ces constipations passagères qui troublent de temps en temps l'accalmie de cette période; et ils insistent sur la constipation plus ou moins opiniâtre intercalée aux diarrhées de la période d'état et de la rechute.

On a discuté beaucoup sur la quantité d'urine émise par les malades pendant la période intercalaire, ainsi que des matériaux solide qu'elle contient; et l'on a tenté de faire ressortir une différence entre cette quantité et celle des urines de la vraie convalescence. On parlait de ce principe posé par A. Robin, en 1877, principe d'après lequel une polyurie plus ou moins abondante et une élimination plus ou moins considérable des matériaux solides par l'urine caractérisent la dépuración qui se fait au moment de la convalescence de toute maladie infectieuse. Dès lors, toutes les fois que ces deux phénomènes se produi-

saient, on ne devait plus craindre une rechute. C'est M. Chauffard qui, dans une communication faite à la Société clinique en 1882, disait que quand la polyurie se produit, il n'y a pas à craindre la réversion, quand elle fait défaut on peut songer à la possibilité d'une rechute.

Cependant, d'après les recherches de M. Damaschino, on ne peut pas compter sur cette polyurie. Il a bien constaté de la polyurie au moment de la défervescence, mais ni dans le degré de cette polyurie, ni dans son mode d'apparition, on ne peut trouver de différences capables de caractériser la convalescence définitive de la défervescence suivie de rechute.

D'un autre côté, MM. Tripier et Bouveret font remarquer que la méthode de Brand hâtait l'apparition de cette polyurie qui se fait attendre avec les autres modes de traitement.

Tous nos cas ont été traités par les bains froids; cependant nous ne trouvons aucune remarque à ce sujet. D'ailleurs, tous ces symptômes de la période intercalaire ne sont pas mentionnés dans nos observations; ont-ils été omis ou n'existaient-ils pas, il est à supposer dans tous les cas qu'ils étaient fort légers.

Pour en finir avec ces symptômes de la période intercalaire, il nous faudrait encore signaler l'importance qu'ajoute M. Devic à l'appétit précoce : « Toutes les fois, dit-il, qu'un malade présente une faim qui n'est pas en rapport avec l'état de sa langue et de sa température, il faut se méfier de la rechute, elle est probable. Cela se voit surtout quand la température oscille entre 38 degrés 38,5 et que le malade se trouve à la fin du deuxième ou troisième septenaire. »

Abordons maintenant la *durée* de cette période intercalaire.

Cette durée est très diversement évoluée : et l'on peut dire que pour autant d'auteurs, il y a autant de chiffres différents.

C'est en nous mettant à notre point de vue, c'est-à-dire en ne considérant que les cas observés chez les enfants que nous envisagerons la question. Henoch donne une moyenne de trois à six jours pour cette durée. Il l'a vue cependant atteindre dix-huit jours dans un cas. Il dit en outre que « dans un petit nombre de cas, il n'y avait pas eu d'apyrexie complète ; la récurrence s'était faite sous forme d'une exacerbation graduelle ou même subite pendant le stade intermittent. Alors que depuis longtemps déjà la température du matin était devenue normale ou inférieure à la normale et n'atteint que le soir 38°,5 à 39 degrés, une élévation subite se faisait et croissait rapidement » .

Ce sont bien là les tracés à ondulations de MM. Tripier et Bouveret ; et c'est justement ce point qui fait varier les chiffres : car les uns comptent ces cas parmi les rechutes, tandis que d'autres les excluent.

Un autre point encore fait varier ces chiffres ; les uns comptent la période intercalaire du jour où la température commence à baisser ; d'autres ne la comptent que du jour où les deux températures du matin et du soir sont au-dessous de 38 degrés.

Pour établir notre statistique, nous n'avons commencé à compter la période intercalaire que du jour où les deux températures étaient inférieures à 38 degrés.

Voici ce que nous avons trouvé :

2 fois	2 jours ;	4 fois	3 jours ;
3 —	4 —	3 —	5 —
1 —	6 —	1 —	7 —
1 —	8 —	2 —	9 —
2 —	10 —	1 —	11 —
2 —	12 —	1 —	13 —
1 —	14 —	1 —	18 —

et une moyenne de 7 à 8 jours

Ce chiffre est un peu moins élevé que ceux que les auteurs donnent pour les cas observés chez l'adulte. Ainsi, la moyenne que donne Hutinel est de huit à douze jours ; il ajoute que cette durée peut cependant n'être que de quarante-huit heures et atteint quelquefois vingt ou trente jours.

M. Devic donne cependant une moyenne de six jours, tout en faisant remarquer que ce chiffre est bien moins élevé que celui qui est donné par les auteurs.

DE LA RECHUTE

Tableau général. — Ordinairement, lorsque les symptômes ont perdu de leur intensité, lorsque l'amélioration s'est prononcée et que le petit malade paraît définitivement en voie de convalescence, la température se relève, soit brusquement, soit graduellement, et atteint en un ou deux jours 39 degrés et même 40 degrés. Les symptômes réapparaissent parallèlement à la fièvre. Le petit malade est plus fatigué, plus abattu. Il refuse l'alimentation si elle a

été commencée pendant cette fausse convalescence. Le facies reprend l'air de stupeur ; la langue redevient sèche, grillée. L'insomnie, les cauchemars, les trépidations épileptoïdes et autres symptômes nerveux peuvent apparaître.

Le ventre peut se ballonner, devenir sensible et s'accompagner de troubles intestinaux.

Le pouls s'accélère de nouveau et les phénomènes thoraciques peuvent recommencer.

On découvre de nouveau la présence de quelques taches rosées lenticulaires et la matité splénique.

En un mot, on assiste à la reproduction des symptômes de la première phase de la fièvre typhoïde, symptômes qui concordent plus ou moins avec ceux de cette première phase, par leur nombre, leur intensité et la date de leur apparition. Puis, après un temps assez variable, ces phénomènes s'amendent de nouveau, la fièvre redescend et la convalescence définitive s'établit. Ajoutons cependant que ces symptômes ne se trouvent presque jamais au complet ; souvent le diagnostic ne se pose que sur la présence de deux ou trois seulement de ces symptômes et l'on arrive même parfois à trouver des rechutes sans symptômes.

Voilà, dans ses grandes lignes, la description qu'on peut donner de la rechute en général.

Il nous faut maintenant étudier un à un ces symptômes avec leur intensité et leur fréquence, tels qu'ils résultent de l'étude de nos observations.

Symptômes prémonitoires. — Quelques auteurs ont noté quelquefois, au moment où la rechute allait faire son apparition, un frisson d'intensité variable ou encore des frissons multiples. Guyard parle des vomissements comme dans les pyrexies à brusque ascension thermique. On cite

encore la diarrhée, l'indigestion, des abcès multiples, mais aucun de ces symptômes n'a été relaté dans nos observations.

M. Devic dit aussi dans sa thèse que, dans aucune de ses observations qui se rapportent toutes à l'adulte, cette particularité n'a été signalée.

Au contraire, une légère inappétence et un peu de malaise ont presque toujours marqué le début de nos rechutes chez les enfants.

Céphalalgie. — On sait généralement que les enfants ne savent pas se plaindre de leurs maux de tête et que la céphalalgie est habituellement moins violente que chez l'adulte. Cependant, nous trouvons ce symptôme noté sept fois dans nos observations. Toutes les fois qu'il a été noté, c'était le premier jour de la rechute, puis il n'en était plus question pendant toute la durée de cette phase. Ceci nous porte à croire, au moins dans la majorité des cas, à sa disparition rapide comme cela se produit d'ailleurs le plus souvent pour la période d'invasion.

Epistaxis. — Ce symptôme n'a été observé que quatre fois; et cela ne nous a pas étonné attendu que les saignements de nez sont beaucoup moins fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, tout au moins dans le courant de la fièvre typhoïde. La première fois, il a été noté au second jour de la rechute et a été peu abondant. La deuxième fois, il s'est produit à la fin d'une rechute qui avait duré vingt et un jours avec une symptomatologie intense. Dans ce cas, l'épistaxis a été abondant. Dans le troisième et le quatrième cas, l'épistaxis s'est produit le premier et le second jour et a été peu abondant.

Vomissements. — Ce symptôme n'a été noté que quatre

fois seulement et toujours le premier jour de la rechute dans nos observations. Ce fait paraît étonnant au premier abord quand on sait ce qui se passe chez les enfants ; car le vomissement est un des symptômes les plus fréquents à cet âge, surtout au début de la fièvre typhoïde. Mais il faut savoir aussi que les symptômes abdominaux en général n'ont été notés que sept fois seulement dans nos vingt-cinq cas, ce qui est une preuve de plus de la bénignité de la rechute, surtout chez l'enfant.

Dans les quatre cas où l'on a noté les vomissements, la diarrhée manquait en ce moment, et c'est un fait connu que les vomissements paraissent surtout marqués dans le cas où la diarrhée fait défaut et où elle est surtout remplacée par la constipation avec céphalalgie.

Constipations. — Nous pourrions ici faire la même remarque que nous avons faite pour les vomissements, car ce phénomène n'a été noté que quatre fois seulement, malgré sa fréquence ordinaire chez l'enfant. Les quatre fois elle a coïncidé avec le début de la rechute et n'a pas duré longtemps. Ce symptôme devrait cependant théoriquement exister plus souvent que la diarrhée, puisqu'au contraire de celle-ci, il indiquerait le peu de gravité de la maladie, d'après Murchison et Giraud.

Diarrhée. — Nous ne trouvons ce symptôme que trois fois noté dans nos observations. La première fois, cette diarrhée avait apparu dès le premier jour de la rechute avec la céphalalgie, l'anorexie et un épistaxis et n'avait pas été précédée de constipation. Dans ce cas, les symptômes concordaient soit dans leur nombre, soit dans leur intensité avec ceux de la première atteinte.

Dans le deuxième cas, cette diarrhée n'a commencé que

le sixième jour de la rechute sous forme de glaires sanguinolentes dysentériques qui n'avaient pas eu lieu pendant la période d'invasion et qui ont persisté pendant toute la durée de la rechute. Nous disons que ces glaires sanguinolentes n'existaient pas dans la première période, mais nous devrions ajouter que la diarrhée n'en existait pas moins; il n'y avait pas eu de constipation pendant toute la maladie. Si nous insistons tant sur l'existence du symptôme aux différentes périodes de la maladie, c'est parce que certains auteurs semblent admettre qu'il y a généralement diarrhée pendant la première période, constipation pendant la période intercalaire et diarrhée, de nouveau pendant la rechute.

Douleur abdominale. — Comme pour toutes les sensations qu'ils éprouvent, les enfants ne savent pas rendre compte de leur douleur abdominale. A ce propos, il faut faire une distinction entre la douleur spontanée et celle qu'on provoque par l'exploration. On comprend parfaitement que cette dernière ne peut pas passer inaperçue, quand elle existe, tandis que la douleur spontanée demande de l'attention de la part de l'enfant; elle est d'ailleurs généralement légère.

Ce symptôme se trouve cependant noté dans six de nos observations. Toutes les fois, il a été noté le premier jour de la rechute ou plutôt au premier examen de l'enfant, à dater de la rechute. Toutes les fois, il avait existé aussi pendant la période d'invasion.

Ballonnement du ventre. — On sait généralement que le ballonnement du ventre n'est ni aussi fréquent, ni aussi intense que chez l'adulte dans la fièvre typhoïde infantile. Ce n'est que dans les formes graves de cette maladie qu'il

se développe du véritable météorisme. Nous avons trouvé que ce symptôme manquait quelquefois pendant que les autres symptômes abdominaux avaient réapparu nettement pour constituer une rechute des plus franches.

Le ballonnement du ventre a été noté dans cinq de nos observations. Trois fois il a coïncidé avec les vomissements et la douleur abdominale, et deux fois il n'y avait ni vomissement, ni constipation, ni diarrhée.

Gargouillement de la fosse iliaque droite. — Ce symptôme n'a été noté qu'une seule fois. Cependant, nous avons remarqué qu'il était assez fréquent dans la première phase de la fièvre typhoïde; mais il ne se reproduisait pas dans la rechute. D'ailleurs, la plupart des auteurs admettent généralement que les gargouillements de la fosse iliaque droite sont aussi fréquents dans la fièvre typhoïde chez l'enfant que chez l'adulte.

Matité splénique. — Hensch fait remarquer que la tumeur de la rate qui disparaît dans la période intercalaire reparaît ordinairement dans la rechute chez l'enfant. Nous ne l'avons trouvée cependant qu'une seule fois signalée dans nos rechutes. Il faut dire qu'on éprouve généralement de la difficulté pour déceler cette matité chez les enfants; elle doit atteindre un volume assez considérable pour être perçue.

Cavité buccale. — Dans les sept cas où les symptômes abdominaux étaient signalés, la langue avait changé d'aspect, sans être cependant aussi altérée que chez l'adulte. Une fois seulement on l'a trouvée sèche, un peu fendillée, rouge à la pointe et sur les bords. Les autres fois, elle était simplement sale et recouverte d'un enduit jaunâtre. Le gonflement des gencives et les fuliginosités

que l'on constate assez souvent pendant la période d'invasion n'ont pas été marqués par la rechute.

Taches rosées lenticulaires. — D'après Rilliet et Barthez, l'éruption se fait dans la rechute plutôt que dans la première partie de la fièvre typhoïde. Nous les trouvons notées dans six de nos observations. Quatre fois elles sont signalées au premier jour de la rechute; une fois le troisième, et une fois le cinquième jour. Dans deux cas, elles ont été pour ainsi dire le symptôme prédominant. Dans un cas, elles n'avaient pas existé dans la première période de la fièvre typhoïde. On est d'ailleurs habitué à les voir manquer, surtout dans les formes bénignes de la rechute.

Autres éruptions diverses. — Nous n'avons pas observé, ou du moins, nous n'avons pas trouvé dans nos observations des taches ombrées que l'on considère d'ailleurs aujourd'hui comme liées à la présence de pédicule.

Nous trouvons signalée une fois la présence d'une plaque rouge, avec desquamation furfuracée, à la partie inféro-externe de la nuque du côté droit; et une autre fois des plaques rouges fendillées et desquamées sur la rotule. Dans un cas, se trouvent signalées des *sudamina* autour de l'ombilic. Quant à l'herpès labial, nous ne l'avons vu noté que dans deux cas: une fois au deuxième, et une fois au dixième jour de la rechute.

Réflexes tendineux. — Au dire de MM. Perret et Devic, aucun travail spécial n'a été fait touchant l'état des réflexes tendineux chez les enfants, avant le mémoire qu'ils ont publié en 1890, sur 81 cas de fièvre typhoïde infantile traitée par les bains froids. « Cet état d'irritabilité médullaire, disent-ils, ne cesse guère que trois semaines et même un mois après la chute de la température. Peut-

être même que, dans certains cas, ce dernier délai est insuffisant. On pourrait dès lors, dans certains cas peut-être, trouver dans la disparition de la trépidation et de l'exagération des réflexes tendineux un indice de la cessation absolue de l'action du poison typhique sur l'organisme. Dans ce cas, le phénomène marquerait la fin de cet état intermédiaire entre la santé et la maladie, et qu'on désigne sous le nom de convalescence. »

Ces phénomènes médullaires ont été étudiés pendant la rechute dans 10 de nos observations; dans 4 cas les réflexes étaient exagérés, avec des trépidations épileptoïdes, dans 2 cas ils étaient sensiblement diminués, et dans 4 cas ils étaient tout à fait normaux.

Nous n'avons pas remarqué la persistance de l'altération des réflexes au delà de la défervescence, car, au dernier examen de la malade, ou ils étaient passés sous silence, ou on signalait leur retour à l'état normal.

Symptômes thoraciques. — Ces symptômes sont assez accusés chez l'enfant dans la première phase de la fièvre typhoïde; en est-il de même dans la rechute? M. Devic ne signale chez l'adulte qu'un cas sur 33 où des phénomènes thoraciques furent observés pendant la rechute. Dans nos observations, nous trouvons un cas où se trouvent signalés de nombreux râles des deux côtés. Dans un autre cas, on a noté une légère submatité à la base droite, avec une respiration un peu obscure; dans ce cas, on fait deux ponctions aspiratrices sans pouvoir retirer du liquide. Trois jours après, la matité commençait à diminuer et, à la fin de la semaine, il n'y avait plus rien.

Albuminurie. — Nous relevons quatre fois la présence de l'albumine dans les urines. Cette albuminurie

a été toujours légère, de peu de durée, et n'était accompagnée ni d'œdème généralisé ou localisé, ni aucun accident imputable à une néphrite dothiémentérique.

Température. — Nous arrivons au point le plus intéressant de la question et qui comporte le plus de précision.

La température, dit Wenderlich, peut annoncer les recrudescences, les rechutes et les troubles de convalescence avec autant de rapidité que d'exactitude.

Comment débute la rechute, autrement dit comment se fait l'ascension de la température qui marque ce début? Voici la réponse de M. Gassicourt : Dans la rechute, la température atteint le plus souvent 40 degrés dans l'espace de vingt-quatre heures. D'autres fois, ce sont des oscillations progressivement croissantes, qui n'atteignent leur maxima que vers le troisième ou le quatrième jour. La plupart des autres auteurs donnent comme moyenne trois à quatre jours pour que la température arrive au *fastigium*.

Nous avons trouvé aussi la même moyenne.

Et comme limite, nous avons vu la température être le matin au-dessous de 38 degrés, et le soir même à 40 degrés.

D'autres fois la température n'a atteint son maximum que le huitième jour.

M. Devic l'a vu arriver le douzième jour seulement à 40 degrés.

M. Hutinel distingue quatre modes de début : Le premier est brusque. La température était de 37 degrés le matin, le soir elle est à 40 degrés.

Dans le second, l'ascension se fait rapidement, mais

en échelons : en deux ou trois zigzags, le maximum est atteint après trente-six ou quarante-huit heures.

Dans le troisième, l'ascension se fait comme dans la première atteinte. Le maximum n'est alors atteint que vers le cinquième ou le septième jour.

Le quatrième simule tout à fait un accès intermittent.

Nos observations nous inclinent à admettre cette classification. Nous ajouterons que le plus fréquent est le second mode et que nous n'avons pas observé le quatrième.

Voyons maintenant la marche de la température pendant la période d'état de la rechute. Dans un petit nombre de cas, nous avons vu une courbe aussi régulière dans la rechute que dans la première atteinte ; à peine y avait-il de loin en loin un ou deux types inverses.

Mais dans la grande majorité des cas, les irrégularités ne manquaient pas dans les deux phases de la maladie. Il y avait souvent des ressemblances entre les deux phases d'autres fois, les irrégularités de la rechute étaient plus marquées que dans la première fièvre.

Un fait qui nous a frappé par sa fréquence, c'est la présence des grandes oscillations au commencement de la rechute.

Nous les avons vues même dans les cas où il n'en existait point, ni dans la première atteinte, ni dans la période intercalaire. Ces grandes oscillations étaient de peu de durée : au troisième ou au quatrième jour elles se faisaient déjà de plus en plus courtes. Nous inclinons beaucoup à attribuer cette régularisation rapide de la courbe aux bains ; car, toutes les fois que ce mode de traitement a été appliqué dès la première ascension, les irrégularités devenaient très rares.

M. Devic dit, d'ailleurs, que si les grandes oscillations manquent dans beaucoup de ses tracés, c'est que presque tous ses malades ont été baignés, et qu'un des plus sûrs effets du bain froid est leur suppression.

Toutes nos malades ont été baignées, c'est peut-être pour cela aussi que nous n'avons pas trouvé ces types de rechute dont parle M. Hutinel, et qui seraient constitués toute la durée de la rechute par des grandes oscillations.

Enfin, M. Devic fait remarquer, à propos de ce fait, que quand, dans une fièvre à rechutes, on observe, pendant une période intercalaire, de grandes oscillations, on peut affirmer que si le malade a une rechute, cette rechute sera la dernière.

Un autre genre d'irrégularité, que nous avons assez fréquemment remarqué, c'est le type inverse. Nous avons trouvé des tracés qui en présentaient une série pendant l'évolution de cette seconde phase. Et même, dans un cas, il ne se passait pas trois jours sans qu'une fois l'annotation du matin fût au-dessus de celle du soir, et, dans ce cas, les deux défervescences se sont faites chacune suivant une ligne oblique et non pas par des zigzags.

Signalons enfin les dépressions qui se produisent au milieu de la rechute : la température tombe soudainement de un ou même plusieurs degrés, elle arrive même quelquefois à être aux environs de 38 degrés ; mais elle ne reste pas longtemps dans cet état ; le lendemain ou le surlendemain elle se relève de nouveau pour atteindre le niveau des jours précédents.

Quant à la défervescence qui marque la fin de la rechute, elle se fait à peu près de la même façon que celle de la première phase de la fièvre typhoïde. Ordinairement, elle

durée plus longtemps que l'ascension, d'autrefois elle se fait brusquement.

On pourrait décrire autant de modes de défervescence qu'on l'a fait pour l'ascension.

Le premier type serait celui d'une défervescence brusque se faisant en un seul jour. Ces cas ont été signalés dans les formes bénignes.

Dans le second, la défervescence, tout en étant rapide, se fait assez régulièrement : ici les lignes de descente sont trois ou quatre fois plus longues que celles de l'ascension vespérale.

Le troisième type serait celui des grandes oscillations, il est aussi rapide, mais il diffère du précédent en ce que les écarts du matin et du soir sont aussi longs les uns que les autres.

Dans le quatrième, la défervescence traîne, elle est caractérisée par des courtes oscillations descendantes et plus ou moins régulières.

Nous pouvons ajouter le type du cas que nous avons signalé et où la défervescence se fait dans plusieurs jours, mais suivant une ligne oblique et non pas par des zigzags.

A part cela, la défervescence peut être tout aussi accidentée que la période d'état.

La température peut se relever, rarement il est vrai, soit avant d'arriver à l'apyrexie et constituer alors une recrudescence, soit quand elle est en pleine apyrexie et constituer une seconde rechute.

On a observé des attaques successives, de courte durée, avortées en quelque sorte ; pour nous, nous n'avons pas eu de cas qui présentent trois ou quatre rechutes successives, comme on en signale de temps en temps.

Durée de la rechute. — Rilliet et Barthez disent qu'elle est généralement assez courte « Elle a été, ajoutent-ils, de quinze à trente et un jours chez nos malades, qui guérissent, exceptionnellement de quarante-cinq jours. Lorsque la mort est survenue, ça été le neuvième ou le dixième jour. »

Guyard donne pour cette durée un minimum de neuf jours et un maximum de dix-neuf jours, la durée la plus fréquente étant de douze à quatorze jours et, il cite comme exceptionnelle l'observation de Thierfederl où la rechute a été de vingt-cinq jours.

Avec nos observations, nous trouvons :

1 fois	3 jours;	3 fois	4 jours;
3 —	6 —	3 —	7 —
5 —	8 —	1 —	9 —
2 —	10 —	1 —	12 —
2 —	14 —	1 —	15 —
1 —	19 —	1 —	21 —
1 —	23 —		

De ceci, découle une moyenne de 9 à 10 jours, un minimum de 3 jours et un maximum de 23 jours.

En comptant les cas à deux rechutes, nous n'avons pris que la plus importante des deux.

M. Devic donne pour la durée de la rechute chez l'adulte des chiffres un peu différents. Ses chiffres extrêmes sont 2 et 22 jours; sa moyenne est de 14 jours.

Nous remarquons, en outre, que notre statistique et celle de M. Devic que nous avons en ce moment sous les yeux se ressemblent par quelques points. Chez lui comme chez nous, nous voyons les rechutes avoir le plus souvent une durée qui se rapproche plus ou moins de 7, 14 ou 21 jours. « On reconnaît là encore, dit M. Devic, comme pour la

fièvre, une tendance à l'évolution par septenaire. » Nous ajouterons de notre côté que cette tendance est aussi marquée chez l'enfant que chez l'adulte.

En cherchant un rapport entre les durées respectives de la première phase et de la rechute, nous avons trouvé dans dix-sept cas la rechute plus courte que la première période; dans six cas elle était plus longue et deux fois il y avait égalité de durée. Nous sommes donc autorisé à dire, d'après ces chiffres, que la rechute est généralement plus courte que la première atteinte; dans un petit nombre de cas seulement, elle devient plus longue.

Quant au rapport qui peut exister entre le mode d'ascension de la température de la rechute et sa durée, nous avons trouvé qu'il était trop variable pour pouvoir donner lieu à une conclusion.

Il nous reste enfin à parler de la durée de la fièvre typhoïde à rechute.

M. Devic dit que la plus longue durée observée jusqu'à ce jour dans la fièvre typhoïde a été de 200 jours (Hallepeau); et la plus courte de 8 à 10 jours (Griesinger).

Cette durée serait donc comprise dans des limites très étendues. Cependant, on lui donne généralement trois septenaires comme durée moyenne.

D'un autre côté, M. Gassicourt avec le rapprochement qu'il fait de la forme à rechute et de la forme prolongée de la fièvre typhoïde donne pour la première une durée ordinaire de 45 à 47 jours abstraction faite des cas à rechutes successives. Il indique, en outre, un maximum de 61 jours et un minimum de 31 jours.

Nos observations nous donnent une moyenne de 43 jours, un maximum de 67 jours et un minimum de 26 jours.

CHAPITRE IV

Nature de la rechute

Quelle est la nature de la rechute ? Voilà la question qui a préoccupé tout particulièrement les auteurs dont nous avons eu l'occasion de citer les travaux dans le cours des chapitres précédents et dont la détermination s'explique assez bien à la fièvre typhoïde de l'enfant qu'à celle de l'adulte.

Cependant, jusqu'à présent, il semble qu'on n'est pas en droit de se prononcer catégoriquement, malgré les nombreuses discussions qui ont porté sur ce point.

C'est dans la séance du 10 décembre 1869 que furent émises, à la société médicale des hôpitaux, les théories principales qu'on trouve rapportées dans tous les travaux parus sur les rechutes depuis cette époque.

Lorain qui avait ouvert la discussion à propos d'une observation qu'il présentait, considérait la rechute comme la conséquence d'une nouvelle infection ; c'était une seconde fièvre typhoïde ou plutôt une récurrence à court intervalle qui ne présentait aucun rapport avec la première atteinte. Avec cette idée de réinfection, le mot de

rechute n'était pas pour lui un terme scientifique, il était synonyme de récurrence et devait être rayé du vocabulaire médical.

Est-il possible d'admettre à l'heure actuelle une idée de ce genre après ce que l'on connaît sur les immunités dans les maladies infectieuses. La fièvre typhoïde ferait-elle exception parmi les fièvres éruptives dont les récurrences sont d'une rareté remarquable. C'est ce que nous ne pensons pas.

Constantin Paul, tout en se ralliant à l'opinion de Lorain, ajoutait cependant que la rechute n'était pas une reproduction intégrale de toute la maladie (le *fastigium* manque; on ne trouve que la reproduction thermique de la période de déclin); et en cela la rechute se distingue de la récurrence qui est une reproduction complète de la fièvre typhoïde tout entière.

Quoique se rapprochant un peu plus des idées actuelles, cette opinion tient encore par plus d'un point à la réinfection et doit avoir pour nous la même valeur que la précédente.

Marrotte, Hérard, Bergeron, Hervieux, Dumont-Pallier réfutèrent d'ailleurs cette opinion pour conserver la distinction classique entre les deux termes « rechute et récurrence ».

« Les convalescents, placés dans un même milieu nosocomial peuvent reprendre la même maladie qu'ils viennent de faire, disait Hervieux, mais comment ne pas admettre que l'immunité évidente dont jouit un sujet après plusieurs années n'est pas plus évidente encore quand un sujet est encore en puissance d'une première infection. » Cet argument d'une valeur incontestable peut

être appuyé par les cas rapportés par quelques auteurs et qui présentent deux ou trois rechutes successives, séparées souvent par des intervalles très courts.

Devant ces faits, pour croire à la réinfection, il faudrait non seulement admettre que la récurrence se présente dans la convalescence de la fièvre typhoïde, mais aussi qu'elle est plus fréquente qu'à une époque ultérieure.

Pour en finir avec l'idée de réinfection, il nous faudrait encore signaler les arguments de Maclagan et de Humbert.

Maclagan dit que les glandes saines étaient inoculées par les escarres qui se détachaient des premières qui ont été atteintes ; c'est pourquoi, dit-il, les rechutes n'existaient que quand il y a eu constipation pendant la convalescence.

Humbert dit de son côté : « Dans les jours qui précèdent la rechute, l'intestin renferme des substances septiques, celles-ci peuvent être absorbées et devenir la source d'un empoisonnement secondaire. »

En 1877, Maurice Raynaud émit sur la nature de la rechute une théorie nouvelle et originale ; pour lui, il faudrait croire que les rechutes n'existaient pas dans la fièvre typhoïde ; mais qu'il y avait des fièvres à rechute qui constituaient une entité morbide, une maladie spéciale ayant avec la fièvre typhoïde ordinaire, les mêmes analogies, les mêmes liens de parenté que le *relapsing fever* d'Henderson ou fièvre récurrente de Griesinger avait avec le typhus exanthématique. « Dans la fièvre à rechute comme dans la fièvre récurrente, ajoutait-il, il semble que l'économie ne puisse se débarrasser une seule fois du

miasme qui l'infecte et que, pour parler le langage hippocratique, elle exige deux coctions successives pour rentrer en possession de son équilibre physiologique. »

Cette théorie n'a pas sa raison d'être ; et la comparaison pêche par la base, puisque Hendersen et Murchison ont établi nettement les différences qui séparent les fièvres à rechute du typhus, aussi bien au point de vue des causes que des symptômes. Nous avons déjà dit, d'ailleurs dans notre historique que cette théorie a été renversée par les arguments soutenus la même année dans la thèse de Perrin.

Les partisans d'une seule infection sont nombreux ; Trousseau avait déjà dit : « Il semblerait que le virus typhique n'ait pas épuisé toute son action, et que l'économie ne puisse s'en débarrasser qu'après des efforts répétés. » Gueneau de Mussy émet une idée semblable : « Dans bien des cas, dit-il, la guérison apparente, qui a précédé la rechute, n'était ni complète, ni confirmée, soit que l'agent infectieux qui provoque l'évolution dothiénentérique n'ait pas été entièrement éliminé, soit qu'il n'ait pas produit dans l'organisme cette modification profonde qui empêche une deuxième imprégnation. »

M. Jacoud rejette complètement l'idée d'une deuxième infection. Puisque généralement la durée moyenne de la période intercalaire est de dix jours et que celle de l'incubation de la fièvre typhoïde est de douze à quatorze jours, pour penser à une infection nouvelle, il faudrait admettre que l'incubation devient plus courte dans un organisme envahi et modifié par une première infection.

Pour appuyer cette opinion, il faudrait répéter ce que nous avons déjà dit dans une des dernières pages, en

parlant de ce que l'on connaît sur l'immunité dans les maladies infectieuses.

MM. Tripier et Bouveret, ainsi que M. Devic, se rangent aussi à l'opinion de ceux qui n'admettent qu'une seule infection ; ils hésitent cependant devant l'interprétation à donner au mode d'évolution de la maladie. Se fait-elle par poussées successives, ou présente-t-elle une modalité particulière suivant la résistance de chaque individu ? tel est le point sur lequel ils ne sauraient encore se prononcer.

M. Gassicourt professe cette opinion d'une façon un peu particulière et à laquelle nous nous rangeons volontiers. « En somme, dit-il, si nous prenons la forme prolongée continue, la forme prolongée à dépression moyenne, la forme à rechute, nous voyons que chacune de ces formes ne diffère de la précédente que par des nuances, et que l'analogie qui existe entre les tracés de température de ces trois formes se retrouve dans tous les symptômes. Je pense donc et j'espère vous avoir prouvé que, dans les cas de rechute, ce n'est pas deux fièvres typhoïdes qui se succèdent, c'est la même fièvre qui se continue après un intervalle plus ou moins long de convalescence apparente. » Et plus loin, « elle est la conséquence d'une évolution incomplète du principe morbide pendant la première période, évolution qui se poursuit après un temps limité de repos pendant la seconde période. »

CHAPITRE V

Pronostic.

Si nous n'avons pas fait un chapitre pour décrire les lésions qui caractérisent les rechutes, c'est parce que nous n'avons pu enregistrer aucune autopsie. Les vingt-cinq rechutes dont nous avons recueilli les observations se sont toutes terminées par la guérison.

Nous avons cherché en vain dans d'autres services d'enfants une autopsie de rechute. Nous ne pouvons donc pas, pour notre part, résoudre le seul point de la question qui reste en litige, à savoir : si les lésions typhiques de la rechute sont récentes et lui appartiennent exclusivement, comme semblent le prouver les observations de Thierfelder, Murchison, Jacoud, Griesinger, Perrin et M. Raynaud, ou si ces lésions sont celles qui existaient pendant la première phase et qui ont présenté une sorte d'arrêt dans leur évolution pendant la période intercalaire, d'après Trousseau, Guyard, M. Tripier, etc.

Quoique nous soyons partisan de l'opinion de notre maître M. Tripier, nous n'avons cependant pas le droit de nous prononcer d'un côté ou de l'autre, puisque les arguments nous manquent pour soutenir notre démonstration.

Ceci prouve déjà que les rechutes sont le plus souvent bénignes chez les enfants.

Guyard, sur 22 cas, n'a pas eu un seul décès et dans 21 cas dont 8 furent observés par Baumler et 13 par Maclagan, la guérison fut constante.

Il ne faudrait cependant pas croire qu'une rechute guérit inmanquablement. Rilliet et Barthez ont observé 3 morts sur 32 cas.

A ce sujet, M. Gassicourt dit que le pronostic de la rechute est le plus souvent bénin, à tel point que la plupart des auteurs attribuent les cas fatals à des complications et non à l'intensité des phénomènes de la rechute. Cependant, sans aucune complication, on peut remarquer des cas de rechute très graves et même mortels.

Au point de vue de l'intensité des phénomènes, la moitié de nos cas étaient légers, 3 seulement ont eu des allures graves et 7 étaient d'intensité moyenne.

Sur les 32 cas de Rilliet, 13 furent légers, 10 de moyenne intensité. Nous avons cependant fait remarquer que nous avons vu des fièvres typhoïdes évoluer avec des allures très graves et être suivies de rechute. Généralement, la rechute et la première phase sont également légères; on trouve cependant quelquefois un contraste entre les deux phases, mais rarement toutes les deux sont graves.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le bain froid est le traitement le plus généralement employé contre la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Lyon ; nous ajouterons même dans les hôpitaux de Paris ; car nous trouvons dans le Mémoire publié par Juhel Renoy dans le *Lyon médical* du 26 juin 1892, que sur 40 collègues qu'il a consultés, 13 seulement sont systématiquement opposés au bain froid.

Les résultats acquis d'ailleurs en faveur de la balnéation sont tellement nombreux que nous avons à peine besoin d'insister là-dessus.

Mais pour les rechutes, il semble de prime abord, en face des allures bénignes qu'elles présentent dans la majorité des cas, qu'on puisse faire de l'expectation pour éviter aux malades un « supplice inutile » Brand et Cayla, au contraire n'admettent pas qu'on puisse priver un typhique des bienfaits d'une méthode qui n'a presque pas d'inconvénients.

MM. Tripier et Bouveret, sont aussi partisans de l'intervention armée ; ils font cependant quelques réserves :

« La règle qu'on peut suivre, disent-ils, dans le traitement des rechutes est la suivante :

Si la première atteinte fébrile a été régulièrement traitée dès le début, et que la rechute ne soit pas accompagnée de symptômes inquiétants, on peut ne pas employer l'eau froide, bien que cependant une nouvelle série de bains froids n'ait pas de réels inconvénients. Si la fièvre présente cependant une certaine intensité, il est bon de donner deux ou trois bains tièdes, dans la soirée au moment de la principale exacerbation fébrile. Enfin, si la fièvre reparaît avec les allures d'une fièvre d'invasion ou s'accompagne de symptômes nerveux graves, il faut d'emblée recourir à la formule générale de Brand. »

Quant à nos malades, elles ont toutes profité soit pendant la première phase, soit pendant la rechute de la réfrigération systématique employée dans le service de M. Perret, suivant la formule générale de Brand, c'est-à-dire toutes les trois heures, quand la température atteignait ou dépassait 39 degrés et sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. Voici avant de terminer quelques détails qui ont été publiés par notre excellent maître sur l'emploi des bains, tel qu'il se pratique à la clinique infantile : « Quant à la température, dit-il, au lieu d'avoir recours à de l'eau à 20 degrés, le plus souvent nous avons employé à 22 ou 25 degrés. Nous n'avons pas essayé le bain progressivement refroidi, suivant la méthode de Ziemssen. Les affusions froides sur la tête au commencement et à la fin des bains ont été faites avec de l'eau à 12 ou 15 degrés. Presque toujours la durée du bain n'a pas dépassé 10 à 12 minutes; ce n'est que dans des

cas tout à fait exceptionnels que la durée du bain a atteint 15 minutes, jamais plus.

Les enfants, il faut le reconnaître, acceptent encore moins volontiers que les adultes ce traitement ; on est le plus souvent obligé de les maintenir de force dans les bains ; ils témoignent leur mécontentement par des cris, des pleurs, une agitation extrême. Jamais cependant nous n'avons observé d'accidents imputables à l'agitation et au mauvais vouloir de l'enfant ; surveillés attentivement quand ils sont dans les bains, ils le supportent très bien, et jamais nous n'avons été obligés de suspendre le traitement à cause des difficultés trop grandes à administrer les bains. »

Pour terminer, nous tenons à nous excuser auprès du lecteur qui trouverait de la difficulté à nous comprendre. Nous aurions peut-être mieux exposé notre sujet si nous avions vécu en France plus qu'il ne fallait pour faire nos études médicales.

Nous avons fait cependant tout notre possible, et si nous arrivons à bout de notre tâche, c'est grâce à notre excellent maître M. Perret, qui a été toujours d'une égale bienveillance pour ses élèves et ses petits malades, comme pour ses propres enfants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

C. C..., cinq ans et demi, salle Saint-Ferdinand. Entrée le 6 février 1889, sortie le 10 avril 1889.

Sa mère est à l'hôpital pour une fièvre typhoïde ; son père est bien portant.

Début, il y a quatre ou cinq jours, par de la céphalalgie des bourdonnements d'oreille et des vomissements après les repas. Elle n'a pas eu des épistaxis.

État actuel TR : 40°,5, anorexie, langue grillée, rouge sur les bords et à la pointe.

Les jambes sont fléchies sur le bassin et ne peuvent être étendues sans douleur.

Le ventre est ballonné, douloureux, avec des gargouillements à la pression dans la fosse iliaque droite. Diarrhée.

Le foie dépasse d'un doigt les fausses côtes. La rate n'est pas perçue. Pouls dicrote : 136, respiration : 36. Rien aux poumons ni au cœur. Albuminurie. Taches rosées. Trémulations épileptoides. Réflexes à peine sensibles.

19 février. — Amélioration par les bains à 20 degrés toutes les trois heures chaque fois que la température rectale atteint ou dépasse 39°,5.

Période de fieberkampf en plateau à 40°,5, environ du 6 au 9 février. Lysis du 9 au 16. Du 16 au 19, la température remonte entre 38 et 39 degrés.

Ce matin, 19 février, la température se maintient à 37°,9. Convalescence après 48 bains.

1^{er} mars. — Depuis le 19 du mois dernier, la température s'abaisse irrégulièrement et se maintient vers 37°,5. La courbe du poids a été ascensionnelle depuis ce jour. Eczéma impétigineux du menton.

12 mars. — Depuis le 7 de ce mois, il se fait une réascension de la température avec minima 39 degrés. On constate aussi des trépidations épileptoïdes. Les réflexes sont à peine appréciables. Il y a de la constipation. La langue est saburrale. Il y a un abattement général sans autres symptômes typhiques.

15 mars. — La température retombe vers 37°,5. Bon état général. La convalescence s'affirme.

26 mars. — Abscess sous-unguéal guéri. La malade sort le 10 avril complètement guérie.

OBSERVATION II

G. V..., quinze ans, salle Saint-Ferdinand. Entrée le 19 janvier 1880, sortie le 8 mars 1880.

Coqueluche dans la première enfance. Rougeole.

Début, il y a dix jours, par de la céphalalgie et de la diarrhée. Pas d'épistaxis, ni vomissements.

État actuel : ventre douloureux ; gargouillements dans la fosse iliaque droite. Taches rosées. Urines albumineuses. Subdelirium. TR : 39°,2. Râles aux deux bases.

20 janvier. — Adynamie. Facies égaré cyanosé. Enchiffrement, langue sale. Ventre ballonné. Taches rosées sur tout le corps. Taches méningitiques Léger nuage d'albumine. Tenesme recto-vésical.

27 janvier. — TRM : 37 degrés ; TRS : 39 degrés. La langue est bonne. L'appétit revient. Pas de diarrhée ; un peu d'agitation.

30 janvier. — TRM : 36°,5 ; TRS : 37 degrés. État général bon.

5 février. — Convalescence. Pas de vergéture.

8 février. — TRM: 39°,4; TRS: 40 degrés. Vomissements. Anorexie, adynamie, constipation, ventre ballonné, douleur au niveau de la rate. Céphalalgie. Taches rosées. Rien à l'auscultation.

16 février. — TRM: 37°,4; TRS 38°,5. *Sudamina* abondantes. Langue bonne. Selles normales. État général assez bon.

1^{er} mars. — Convalescence.

8 mars. — La malade sort guérie.

OBSERVATION III

P. A..., quatorze ans et demi, salle Saint-Ferdinand, n° 6. Entrée le 13 août 1891. Sortie le 25 septembre 1891.

Père et mère bien portants.

A eu la rougeole à l'âge de quatre ans. Tempérament délicat. Fièvres typhoïdes nombreuses dans le quartier.

Début le 5 août par de la céphalalgie, de la faiblesse générale. Pas de diarrhée. Plutôt de la constipation. Pas de vomissements. Elle s'est alitée le 8 août avec une courbature générale qui devenait de plus en plus forte.

Elle a eu en ce moment des vomissements glaireux, des nausées fréquentes, des épistaxis.

Elle a eu un accès de suffocation dans la nuit du 11 au 12 août. Depuis, elle se plaint d'une douleur au niveau du larynx et tousse sans expectoration.

A son entrée, TR: 40 degrés. Le ventre n'est ni dur ni ballonné. Il est un peu douloureux d'une façon générale; un peu plus fortement dans la fosse iliaque droite. Pas de gargouillement à ce niveau, mais bruissement. Pas de taches rosées. La langue est sale, noirâtre au milieu, un peu sèche et rouge sur les bords et à la pointe. Rien au foie ni à la rate. Au cœur, premier bruit sourd,

second bruit sourd dédoublé; rapport : $\frac{7 \text{ R}}{32 \text{ P}}$

Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes rotuliens, à gauche peu marqués; à droite plus marqués. Réflexes bicipitaux et radiaux très marqués. Réflexes pharyngiens très modérés.

16 août. — L'enfant a toujours de l'insomnie, accuse de la difficulté à avaler et se plaint d'étouffer.

Teint blême. Pouls irrégulier 120. Taches rosées.

17 août — Pouls 112, légère agitation d'insomnie. Diminution de la dyaphagie. Diarrhée. Gargouillement dans la FLD. Oscillation irrégulière de la température entre 39 et 40 degrés. Elle a déjà eu 25 bains.

19 août — A eu dans la journée une crise caractérisée par : la raideur et des claquements de dents, sans convulsions cloniques. Il y a un peu de diminution de sensibilité à droite. Abattement général. La température et les symptômes abdominaux sont les mêmes.

20 août. — Crise semblable, déviation de la tête et des yeux du côté droit. Raideur généralisée. Pas de perte de connaissance. L'état général s'améliore. Pas de céphalée. Pas d'albumine.

La défervescence a eu lieu le 4 septembre c'est-à-dire à la fin de la troisième semaine. La température s'est maintenue entre 37 et 38 degrés jusqu'au 15.

Pendant ce temps l'enfant se portait bien, était gai et augmentait de poids.

Du 15 au 17, il y eut une réascension graduelle et la température s'est maintenue entre 39 et 40 degrés ; du 17 au 20 sans autres symptômes bien nets; du 20 au 23 la température revient à la normale.

L'enfant sort guérie le 25 septembre après 126 bains.

OBSERVATION IV

G. A..., treize ans, salle Saint-Ferdinand, entrée le 4 janvier 1891, sortie le 8 avril 1891.

Nubile depuis trois mois, la malade est habituellement bien portante. Elle est forte et bien développée pour son âge. Elle

buvait fréquemment de l'eau de fontaine, pas de fièvre typhoïde dans le voisinage.

Début, il y a onze jours, par une légère syncope à son lever.

Elle éprouva dès lors des frissons, de la céphalalgie, de l'abattement, de l'insomnie, des cauchemars; mais pas d'épistaxis, pas de vomissements; elle se plaignait surtout de douleurs abdominales et d'une diarrhée persistante: en moyenne, quatre selles par jour.

Actuellement la malade est pâle, les extrémités un peu refroidies les yeux ternes, la langue pointue rouge sur les bords couverte à sa base d'un enduit blanchâtre très épais. Le ventre est douloureux plutôt à gauche, mais il y a des gargouillements dans la fosse iliaque droite. Taches rosées douteuses à la racine des cuisses. Matité splénique nette. Hauteur du foie 11 centimètres sur la ligne mamillaire. Au cœur, rythme normal. Véritable hyperesthésie de la région pré-cordiale qui fait que la malade supporte difficilement le contact même léger du stéthoscope.

P: 120; R: 36, râles aux deux bases T R: 40°. On commence les bains immédiatement, la résistance à la réfrigération est assez marquée, le bain n'a jamais fait baisser la température de plus d'un degré. Elle a atteint 40°,5 la nuit.

5 janvier. — T R: 40°. A partir de onze heures la malade a dormi entre les bains. Plus de céphalée, facies plus coloré, selles diarrhéiques jaunés d'œuf. Pas d'exagération des réflexes. Légères trépidations épileptoïdes. Albuminurie.

10 janvier. — Douleurs aux membres inférieurs après les bains T R: 40°. On enveloppe les membres à la sortie des bains et on fait de légères frictions térébenthinées. Elle se plaint de douleurs sourdes dans son oreille gauche P: 152.

17 janvier. — Léger délire, selles diarrhéiques grisâtres, un peu moins nombreuses. Quelques râles aux poumons. Rythme de galop au cœur P: 132. On fait une injection de caféine. La température est toujours très élevée.

19 janvier. — La langue commence à se dépouiller. Du 21 au 24, des grandes oscillations amènent la température à 37°. La malade perd de son poids.

26 janvier. — Depuis deux jours la température se maintient

aux environs de 37°. Elle a été une fois à 36°,5. La malade va beaucoup mieux.

4 février. — T R : 39°,6 ; R : 56 ; trois taches rosées, P : 145. Cette rechute dura du 4 au 16, avec une dépression brusque, du 11 au 12 sans albumine ni diarrhée ni grosse rate, du 16 au 26 la température s'est maintenue aux environs de 37° avec disparition des symptômes.

26 février. — La température remonte de nouveau à 40 degrés. La malade éprouve sous le mamelon gauche une douleur continue avec exacerbations et élancements. La pression à ce niveau est insupportable ; on trouve un autre point douloureux au sommet de l'aisselle et un troisième dans les masses musculaires de la gouttière costo-vertébrale. Il n'y a rien au cœur ni au péricarde. Le diagnostic de névralgie intercostale s'impose. La température se maintient autour de 40 degrés avec de grandes oscillations jusqu'au 28 février. A ce moment, les oscillations toujours grandes commencent à se faire autour de 39 degrés. Ce n'est que le 11 mars que la défervescence s'est faite.

La malade est sortie guérie le 8 avril.

OBSERVATION V

G. C..., quatorze ans et demi, salle Saint-Ferdinand n° 26.

Entrée le 24 janvier 1891.

Pas d'antécédents héréditaires. Une sœur est entrée dans le service, il y a vingt jours, pour une fièvre typhoïde (obs. IV). Personnellement elle n'a eu que la rougeole. Habituellement bien portante. N'est pas nubile. Placée dans les mêmes conditions que sa sœur, elle buvait fréquemment de l'eau d'un puits.

Il y a sept jours, la malade commença à éprouver de la céphalalgie et une douleur vague dans les muscles de la nuque. En même temps elle se plaignit d'un mal de gorge qui disparut en quatre jours. Malaise général. Sommeil agité. Peau chaude, cauchemars. Depuis la même époque, les mucosités nasales étaient fortement tintées. Enfin, dans la nuit d'hier, elle a eu un épistaxis abondant.

Pas de douleur abdominale. Pas de vomissements. Les selles sont restées normales.

Actuellement les yeux sont brillants. La malade a plutôt un peu d'excitation. Le visage est pâle; la parole tremblée. Les lèvres sont rouges, sèches. La langue est grillée, rouge à la pointe et sur les bords avec un enduit saburral partout ailleurs.

Le ventre est souple; un peu de gargouillement dans la FID. Pas de douleur, ni matité splénique, ni taches rosées. Matité hépatique ne dépassant pas le rebord des fausses côtes. Pouls fort et plein à 152. Les bruits cardiaques sont normaux. La pointe bat dans le quatrième espace. Respiration 32, rien d'anormal. TR: 41 degrés. Réflexes rotuliens très peu marqués à gauche. Tous les autres sont normaux. Pas de trépidations épileptoïdes.

25 janvier. — Les abaissements procurés par les bains ont atteint 1 degré. Ce matin IR: 40°,6. Un lavement a donné une selle légèrement diarrhéique. Il n'y a pas eu encore de selle spontanée.

Taille 1^m,395. Poids 29^{kg},700. Mensuration: péroné 29,5, tibia 29,5, fémur 40,5, radius 18,5, cubitus, 19,5.

Quelques râles de congestion aux deux bases.

26 janvier. — P: 128. R: 28. Les selles ne se produisent qu'avec les lavements et alors elles sont diarrhéiques et noirâtres.

29 janvier. — P: 130. R: 32. Pas de rythme fœtal. Selles gris noirâtre. Pas d'albumine dans les urines.

3 février. — P: 140. R: 40. TRM: 40°,6. On trouve sur la rotule des plaques rouges fendillées et desquamées. Par moment le cœur prend un rythme pendulaire. A l'approche de l'heure des bains la malade prend un facies vultueux.

5 février. — Bulbe oculaire nettement ictérique; la peau est aussi un peu jaune. Réaction de Gmelin nette.

6 février. — Voix absolument éteinte. La malade souffre un peu en toussant; mais pas de dyspnée.

7 février. — On sent le foie à deux travers de doigt au-dessous du bord des fausses côtes; 11 centimètres dans le sens vertical. La température baisse. État général meilleur. Pas d'albumine.

25 février. — Deux jours d'apyrexie. Taille 1^m,39. Poids 28 kilo-

grammes. Les mensurations du squelette n'ont pas changé. Les réflexes existent tous. Ceux des fléchisseurs du poignet sont très marqués, presque exagérés, et il semble qu'on trouve même deux à trois trépidations épileptoïdes. P : 100. R : 24.

5 mars. — L'apyrexie se maintient. Pas d'albumine.

9 mars. — TRM : 37,8. TRS : 38,5.

19 mars. — Depuis le 9 la température a toujours été irrégulière avec une tendance à la réascension. Quelques températures du matin seulement ont été au-dessous de 38 degrés. Hier au soir TR : 39,5. Ce matin TR : 38 degrés. La constipation recommence et ne cède pas aux lavements. On donne l'huile de ricin. Pas d'albumine.

21 mars. — Rechute nette. La température est au-dessus de 40 degrés. P : 128. R : 32. A la base droite légère submatité et respiration un peu plus obscure.

23 mars. — Ponction aspiratrice, douteuse dans le neuvième espace droit en arrière. Pas de liquide.

24 mars. — Ponction absolument péremptoire. Même résultat.

27 mars. — La matité semble avoir diminué et la respiration s'entend mieux. La matité du foie a diminué de 1 centimètre depuis l'entrée. Depuis deux jours la température oscille autour de 39 degrés.

1^{er} avril. — Apyrexie complète. Convalescence.

8 avril. — Poids 27^{kg},715. Taille 1^m,39. Tous les os ont pris un demi-centimètre en général. La malade sort guérie.

OBSERVATION VI

P. C..., dix ans et demi, salle Saint-Ferdinand n° 28.

Entrée le 22 septembre 1891. Sortie le 22 octobre 1891.

Père bien portant. Mère en ce moment à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, Un frère et une sœur morts en bas âge.

Début, il y a six jours, par de la céphalalgie, des nausées, pas de vomissements, pas d'épistaxis, pas de diarrhée. Pas de selles depuis trois jours. Boit de l'eau d'un puits. A l'entrée TR : 38,8.

P : 88. R : 18. Langue un peu sèche et blanche. Le ventre n'est pas douloureux. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Foie et rate non augmentés de volume. Rien au cœur ni au poumon. Réflexes normaux. Pas d'albumine. Au dixième bain la température qui n'avait jamais dépassé 39,6 tombe à 37,6. Elle se maintient à ce niveau jusqu'au 1^{er} octobre. A cette date, la température s'est relevée brusquement aux environs de 40 degrés. Avec une céphalalgie intense, perte de l'appétit, douleur et gargouillement dans la FID, langue sale et exagération des réflexes. Pas d'albumine.

La température se maintient entre 39°,5 et 40°,5 du 2 au 6 octobre. Du 6 au 9, elle s'abaisse en escalier et revient à 37°,8. Depuis, la malade est en vraie convalescence, et son poids augmente progressivement.

Elle sort guérie le 22 octobre.

OBSERVATION VII

F. E..., huit ans et demi, salle Saint-Ferdinand.

Entrée le 16 mars 1875.

Depuis huit jours, anorexie, fièvre adynamie, céphalalgie.

A vomi ce matin, Ventre ballonné, un peu de diarrhée. Râles aux deux poumons. Souffle dans les vaisseaux du cou. Pas de taches rosées. TR autour de 40 degrés.

24 mars. — Apparition des taches rosées. TR autour de 39 degrés.

27 mars. — Amélioration. Apyrexie. Ses parents l'emmènent le 13 avril.

19 avril. — Rentre de nouveau avec fièvre, anorexie, céphalalgie, langue sale. Rien au cœur ni aux poumons. Un vomissement et un épistaxis. Quelques *sudamina* autour de l'ombilic. Pas de taches rosées.

20 avril. — Épistaxis. Taches rosées. Céphalalgie. Herpès labial, ventre ballonné. On ne sent pas la rate. Pas d'adynamie.

21 avril. — Deux selles diarrhéiques. TRM : 40°,1. TRS : 39°,9.

26 avril. — L'appétit revient. TR autour de 38 degrés. Ventre souple. Pas d'agitation.

28 avril. — Apyrexie. Convalescence.

12 mai. — Sort guérie.

OBSERVATION VIII

V. M..., onze ans, salle Saint-Ferdinand. Entrée le 15 avril 1889.

Père et mère bien portants. Pas d'antécédents personnels.

Depuis dix jours, céphalée, courbature, constipation. Pas d'épistaxis.

Aujourd'hui, TR : 40 degrés ; pouls rapide, adynamie. Appétit conservé. Langue sale étalée, un peu plus rouge sur les bords, fuliginosité. Pas de vomissements. Quelques râles aux deux bases. Rien au cœur. Matité splénique. Peu de ballonnements. Taches rosées. Réflexes exagérés avec trépidations.

29 avril. — Après 69 bains, la température est tombée.

11 mai. — Depuis le 8, la température remonte, la langue redevient blanche ; malgré cela, il n'y a pas d'autres symptômes, sauf un peu de trépidation épileptoïde.

16 mai. — Apyrexie ; convalescence.

24 mai. — Sort guérie.

OBSERVATION IX

G. A..., neuf ans, salle Saint-Ferdinand. Entrée le 2 septembre 1880.

Santé antérieure bonne.

Il y a huit jours, courbature, épistaxis. Pas de céphalalgie.

Aujourd'hui, adynamie, anorexie. Pas de vomissements ni diarrhée. Pas de taches rosées. Rien aux poumons ni au cœur. TR : 41 degrés. Le ventre est souple ; douleur et gargouillement dans la FID.

10 septembre. — Taches rosées, légère diarrhée, langue blanche.

20 septembre. — L'appétit revient. TR : 38 degrés. Deux selles diarrhéiques. État général bon ; langue bonne.

29 septembre. — La température remonte à 39 degrés, avec réapparition des taches rosées. Pas d'autres symptômes bien nets.

9 octobre. — La température est redescendue à 37 degrés.

15 octobre. — Convalescence.

Sort guérie le 26 octobre.

OBSERVATION X

L. B..., douze ans, salle Saint-Ferdinand. Entrée le 23 août 1887.

Ostéite du maxillaire avec élimination de la branche droite.

Depuis quinze jours, frisson, céphalée, vomissements, épistaxis, douleur à la nuque.

Aujourd'hui, adynamie, langue grillée, rouge sur les bords. Anorexie, ventre ballonné, douleur et gargouillement dans la FID.

25 août. — Quelques taches rosées. Céphalalgie et constipation. Râles aux deux poumons. Pouls très rapide. Rien au cœur. Matité splénique.

21 septembre. — Apyrexie. Bon état général.

Du 25 au 30 septembre, la température fait une réascension jusqu'à 39 degrés, pour retomber et se maintenir autour de 37 degrés, sans autres symptômes.

CONCLUSIONS

1° Les rechutes sont un peu plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte (6,5 pour 100 : 4,5 pour 100).

2° Elles n'ont pas de cause directe, mais tout ce qui peut atténuer les manifestations typhiques est capable de leur donner naissance en produisant une sorte d'engourdissement dans l'évolution de la dothiéntérie, d'où la rechute.

3° Rien, dans la marche de la maladie, ne permet de prédire sûrement la rechute.

4° Les rechutes se produisent généralement dans les formes légères; mais l'inverse peut avoir lieu.

5° La première invasion et la rechute peuvent avoir des intensités égales ou différentes; mais cette dernière est en général plus légère.

6° L'atténuation des symptômes qui constitue la période intercalaire ne peut pas être considérée comme une guérison momentanée, car les lésions, quoique latentes, se

traduisent par des irrégularités du tracé et quelques modifications légères de l'état général.

7° Plus que chez l'adulte encore, les symptômes des rechutes sont rarement au complet chez l'enfant. Souvent la fièvre est presque le seul signe de la rechute.

8° Le pronostic des rechutes est plus bénin chez l'enfant que chez l'adulte ; les cas fatals sont des exceptions.

9° On peut baigner les rechutes, malgré leur bénignité ; car la réfrigération est une arme sûre et sans danger.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. LÉPINE

Vu, bon à imprimer
P^r LE DOYEN,
L'assesseur,
A. GAYET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

